



[Traduções]

## Em nome da saúde pública: o misoprostol e a nova criminalização do aborto no Brasil

*In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil*

**Mariana Prandini Assis<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: mariana.prandini@ufg.br.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5566-2613>.

**Joanna N. Erdman<sup>2</sup>**

<sup>2</sup> Dalhousie University, Halifax, Nova Escócia, Canadá. E-mail: joanna.erdman@dal.ca.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3578-8523>.

**Versão original:**

ASSIS, M.P., ERDMAN, J.N., In the name of public health: misoprostol and the new criminalization of abortion in Brazil, *Journal of Law and the Biosciences*, 8, 1, Isab009 (2021). DOI: 10.1093/jlb/Isab009.

Tradução recebida em 10/12/2022 e aceita em 25/02/2023.



Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.



## Resumo

Este artigo explora a regulamentação criminal do misoprostol como medicamento controlado no Brasil, como uma nova forma de criminalização do aborto. Uma análise qualitativa da jurisprudência brasileira mostra como os tribunais utilizam uma retórica de saúde pública sobre o aborto inseguro para criminalizar a distribuição do misoprostol no setor informal. Em vez de uma invenção do judiciário local, esta retórica judicial reflete o discurso e a política global de saúde pública sobre o aborto inseguro e a dupla vida do misoprostol como um medicamento essencial e uma droga controlada. Em contraste com estudos anteriores, o artigo mostra que a criminalização do aborto não é a causa, mas a consequência da vida dupla do misoprostol. Na última seção, o artigo se baseia em um julgamento isolado encontrado na jurisprudência para traçar um futuro regulatório para o misoprostol e seu fornecimento no setor informal como política de redução de danos e promoção do aborto seguro no campo da saúde pública.

**Palavras-chave:** Aborto; Controle de drogas; Misoprostol; Nova criminalização; Saúde pública.

## Abstract

This article explores the criminal regulation of misoprostol as a controlled drug in Brazil as a new form of abortion criminalization. A qualitative analysis of Brazilian case law shows how the courts use a public health rhetoric of unsafe abortion to criminalize the distribution of misoprostol in the informal sector. Rather than an invention of the local bench, this judicial rhetoric reflects global public health discourse and policy on unsafe abortion and the double life of misoprostol as both an essential medicine and a controlled drug. In contrast to previous studies, the article shows that abortion criminalization is not the cause, but rather the consequence of misoprostol's double life. In the last section, it draws on an outlier judgment of the case law to chart a regulatory future for misoprostol and its supply in the informal sector as a site of harm reduction and safe abortion in public health policy.

**Keywords:** Abortion; Drug control; Misoprostol; New criminalization; Public health.



## I. Introdução<sup>1</sup>

Na década de 1990, pesquisadoras e pesquisadores brasileiros estiveram entre os primeiros a documentar o uso informal do misoprostol como uma medida de redução de danos (KLITSCH, 1991; BARBOSA; ARILHA, 1993; COELHO et al., 1994; COSTA, 1998). Contraindicado para o uso na gravidez, mas amplamente conhecido boca a boca, as mulheres brasileiras, com o apoio de profissionais de saúde, usaram o medicamento de forma criativa para fazer abortos mais seguros em um ambiente legal altamente restritivo (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010). O Brasil é creditado como o local de nascimento do aborto autogestionado – ou seja, a aquisição de remédios abortivos e seu uso para interromper uma gravidez fora dos sistemas formais de saúde, ou no setor informal<sup>2</sup> - hoje, uma prática mundial (ERDMAN; JELINSKA; YANOW, 2018; ASSIS; LARREA, 2020; MOSESON et al., 2020). Este conhecimento experiencial circulou de casas e ruas para laboratórios e hospitais em todo o mundo, levando mais tarde à confirmação científica das propriedades abortivas do misoprostol. Formulado como um comprimido, termoestável e com uma vida útil de vários anos, o misoprostol provoca cólicas e sangramentos semelhantes à menstruação intensa ou ao aborto espontâneo no início da gestação.

Muitas das mulheres da classe trabalhadora identificadas como primeiras usuárias do misoprostol no nordeste do Brasil não associavam o medicamento ao aborto, mas o usavam como uma medida preventiva contra o risco de gravidez (NATIONS et al., 1997). Como tal, o consumo do medicamento tinha o propósito de regular a menstruação, ou seja, "reequilibrar o corpo, liberar sangue 'coalhado' e iniciar a menstruação sem o julgamento moral associado [...] ao aborto" (NATIONS et al., 1997, p. 1842). Pesquisadoras documentaram um uso semelhante do misoprostol nos dias de hoje entre as comunidades da classe trabalhadora peruana, onde o medicamento vive sua vida social

---

<sup>1</sup> As autoras agradecem à Leticia Ueda e à Carla Vitória por sua ajuda na coleta e organização da jurisprudência discutida neste artigo.

<sup>2</sup> Os termos setor "formal" e "informal" distinguem entre um conjunto de atores, mercados e setores no uso e fornecimento de misoprostol. O "setor formal" geralmente se refere a um conjunto de atores e arranjos que são oficialmente autorizados a usar e fornecer misoprostol por uma política estatal escrita, e que normalmente estão confinados ao sistema formal de saúde. O "setor informal", por sua vez, refere-se ao uso e fornecimento de misoprostol, e atividades relacionadas, que não têm a autorização explícita do Estado e podem até ser proibidas por ele, mas gozam de algum grau de legitimidade em virtude da prática e aceitação social (LAUTH, 2015). O termo "aborto no setor informal" é amplamente utilizado na área, e geralmente se refere a atividades relativas ao aborto realizadas fora do sistema formal de saúde (CHEMLAL; RUSSO, 2019).



como parte de uma família mais ampla de fármacos, que inclui contraceptivos orais combinados e pílulas contraceptivas de emergência (IRONS, 2020). Para muitas das mulheres que usam a droga nos bairros empobrecidos de Lima, ela não é um abortivo. As ideias de tempo e de quando a vida começa, difundidas na cultura andina, permitem a interpretação de que o misoprostol é, ao invés disso, algo que impede a gravidez de acontecer. Tal compreensão do medicamento, compartilhada tanto por mulheres peruanas quanto brasileiras, é compatível com seus valores morais e crenças religiosas: Ao usar as pílulas, elas não estão praticando um pecado ou qualquer erro moral, mas sim mantendo sua saúde, seu fluxo menstrual e seu bem-estar geral. Em outras palavras, elas estão exercendo algum controle sobre sua vida reprodutiva (NATIONS et al., 1997; IRONS, 2020).

Este não era o objetivo pretendido para o misoprostol, originalmente desenvolvido e comercializado pela companhia farmacêutica G.D. Searle & Company sob a marca Cytotec, e aprovado pelas agências reguladoras nacionais de medicamentos em todo o mundo para a indicação biomédica de tratamento de úlceras gástricas (COLLINS, 1990). No entanto, o misoprostol provou ser uma droga efetiva, mais segura e cada vez mais popular em muitos ambientes de recursos escassos, onde as leis de aborto são restritivas (ROMERO; RAMOS, 2012; CONTI; CAHILL, 2019; ZAMBERLIN). Versões genéricas baratas do misoprostol são encontradas em toda parte e os canais informais de fornecimento continuam a crescer, incluindo vendedores de drogas, serviços on-line (MURTAGH et al., 2018), iniciativas feministas (ASSIS; LARREA, 2020), e redes comunitárias (GOMPERTS et al., 2008; JELINSKA; YANOW, 2018; BRAINE, 2020).

Em 1986, o misoprostol foi registrado pela primeira vez sob a marca Cytotec no Brasil para uso no tratamento de úlceras gástricas e vendido em farmácias e drogarias sem prescrição médica (COELHO et al., 1991). Com a facilidade de acesso, o comércio e o uso do misoprostol para aborto, ou mais genericamente para evitar a gravidez, foram amplamente praticados, mas também bem divulgados, e eventualmente a cobertura na imprensa brasileira sobre o "mau uso" do misoprostol provocou um debate acalorado sobre a necessidade de maiores controles regulatórios, incluindo a sua retirada do mercado (WILSON; GARCIA; LARA, 2010).



Em 1991, o governo brasileiro editou regulamentações que limitaram a venda do misoprostol a farmácias autorizadas, com exigência de prescrição médica em duas vias<sup>3</sup> sob a justificativa de que o Cytotec estava sendo utilizado indevidamente para fins ilícitos (BRASIL 1986; BRASIL 1991). Embora estas restrições tenham limitado a disponibilidade do medicamento, com a redução dos estoques das farmácias e criação de novas barreiras ao acesso, as vendas do medicamento na verdade aumentaram (COSTA, 1998). Ao longo dos anos 1990, o aumento das hospitalizações relacionadas ao aborto, relatos de casos clínicos associando o uso informal do misoprostol a malformações fetais (LÖWY; VILLELA CORRÊA, 2020), uma campanha dirigida orquestrada pela recém-criada Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) (ASSIS, 2021) e uma mobilização ecofeminista contra a farmacêuticalização da saúde da mulher estimularam um debate contínuo sobre a necessidade de um maior controle regulatório (ASSIS, 2020).

Eventualmente, o misoprostol passou a estar sujeito a um brutal regime de criminalização no Brasil, por meio da reestruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em 1998 e da criação de uma lista de substâncias controladas, na qual ele foi incluído. A Portaria no. 344/1998 restringiu a posse e o uso do misoprostol a hospitais registrados para usos estritamente prescritos, e exigiu autorização especial para a produção, importação, distribuição e embalagem da substância ou qualquer medicamento que a contenha (BRASIL, 1998). Mais recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (doravante denominada ANVISA), responsável pelo cumprimento da Portaria, restringiu qualquer publicidade ou divulgação de informações sobre o misoprostol na internet ou nas mídias sociais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a). Embora estas sejam regulamentações administrativas, sua violação pode constituir um delito criminal.

Este artigo explora a regulamentação criminal do misoprostol no Brasil como uma nova forma de criminalização do aborto, que reflete o discurso e a política global de saúde pública sobre o aborto inseguro e a vida dupla do misoprostol como um medicamento essencial e uma droga controlada. Uma crescente literatura biográfica sobre o misoprostol, desde seu desenvolvimento em um laboratório no subúrbio norte de Chicago nos anos 1970, compartilha uma preocupação com a "vida social" do

---

<sup>3</sup> Uma prescrição médica em duas vias é uma receita emitida em duas cópias, devendo uma delas ser retida pela farmácia para posterior submissão à inspeção formal por um órgão de regulamentação e controle.



medicamento e, particularmente, sua "vida dupla" como um abortivo ilegal e um remédio essencial para salvar vidas.

A maioria dos estudos anteriores sobre a vida social do misoprostol trata a criminalização como a variável independente, ou seja, como a causa da vida dupla do medicamento (DE ZORDO, 2016). Este artigo, em contraste, mostra como novas formas de criminalização do aborto estão surgindo como consequência, e não como causa, da vida dupla do misoprostol em razão de uma afinidade eletiva (HANS BAKKER, 2007) entre a agenda global progressista de saúde pública pela eliminação do aborto inseguro e a ideologia dos sistemas biomédicos de controle de drogas.

A Parte II do artigo introduz a teoria da vida social dos medicamentos e descreve aspectos-chave da vida dupla do misoprostol. Realizando uma análise da jurisprudência criminal relacionada ao misoprostol no Brasil, a Parte III mostra como os tribunais têm interpretado e aplicado um "crime contra a saúde pública" ao fornecimento informal de misoprostol. A análise enfoca a retórica de saúde pública da fundamentação judicial, e em particular, a suposta verdade do aborto ilegal ser um aborto inseguro. Em vez de uma invenção do judiciário brasileiro, a Parte IV explora como essa retórica judicial reflete o discurso e a política global de saúde pública sobre o aborto inseguro e a vida dupla do misoprostol dentro dela. A Parte V se baseia em um caso isolado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul para traçar um futuro regulatório para o fornecimento do misoprostol no setor informal como uma política de redução de danos e de promoção do aborto seguro na saúde pública.

## II. A vida dupla do misoprostol

Embora os medicamentos sejam coisas materiais, cujas estruturas químicas específicas produzem efeitos biológicos discerníveis em um organismo vivo, eles são muito mais do que isso (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002). Como coisas móveis, os medicamentos passam de mãos em mãos e através de contextos, regimes regulatórios e fronteiras. Eles são trocados entre uma série de atores sociais, em um conjunto igualmente diversificado de transações, tendo valor biomédico, econômico, político, social e religioso. Muitos medicamentos são usados de maneiras que nunca foram pretendidas por seus desenvolvedores ou fabricantes, e assim adquirem significados



diferentes para pessoas diferentes em momentos distintos, ao mesmo tempo em que também afetam entendimentos sociais sobre eventos, processos e tempo. Em suma, os medicamentos têm vidas sociais: Eles mesmos são atores, coisas tangíveis que vivem múltiplas vidas com e entre pessoas por meio de atos de fabricação, comércio, publicidade, prescrição, compra, cuidado e consumo. Os medicamentos "usam as pessoas tanto quanto as pessoas os usam" (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002, p. 157).

Como coisas sociais, cuja socialização e interpretação vão além de qualquer verdade farmacêutica, os medicamentos também podem ter suas biografias escritas (HARDON; SANABRIA, 2017). As biografias dos medicamentos podem ser escritas a partir da perspectiva das pessoas que interagem com eles e umas com as outras, das etapas diferentes de sua fabricação, distribuição, uso e pós-vida, e dos ambientes que os circundam (HARDON; SANABRIA, 2017). Tal abordagem segue o medicamento à medida que ele evolui em relação aos contextos e aos atores com quem interage. As biografias do misoprostol são muitas. Desde seu desenvolvimento em 1973 por uma grande empresa farmacêutica (COLLINS, 1990), o medicamento tem tido vidas sociais complexas e múltiplas em laboratórios e farmácias, ambientes clínicos e clandestinos, e regimes regulatórios nacionais e globais.

Uma miríade de atores sociais interagiu com o misoprostol, moldando e transformando seu valor: fabricantes, cientistas, pesquisadoras, médicas, farmacêuticos, traficantes, abortistas, ativistas feministas e pessoas que buscam algum controle sobre suas vidas reprodutivas. O misoprostol também moldou e transformou conceitos-chave sobre reprodução, entendimentos sobre contracepção e aborto, e seus regimes regulatórios. O misoprostol tem se envolvido material e ativamente em uma série de eventos sociais que hoje são fundamentais para as leis e políticas reprodutivas locais e globais.

As biografias do misoprostol continuam a ser escritas, formando uma literatura jovem, mas crescente, de diversas disciplinas e localidades (DE ZORDO, 2016; DRABO, 2019; CALKIN, 2020; IRONS, 2020; LÖWY; VILLELA CORRÊA, 2020; MACDONALD, 2021). No entanto, todas essas biografias compartilham um fio condutor: a vida dupla do misoprostol. Embora nascido como tratamento para úlceras gástricas, o misoprostol vive, desde então, uma notável vida dupla (em grande parte) *off-label*, no campo da saúde reprodutiva. Por um lado, o misoprostol vive como um medicamento essencial usado em sistemas formais de saúde para múltiplas indicações, incluindo aborto, cuidado pós-



aborto, indução de parto e tratamento de hemorragia pós-parto. Por outro lado, o misoprostol vive e prospera na clandestinidade, obtido e utilizado de forma criativa no setor informal, fora da prática autorizada, para o aborto clandestino. À medida em que o misoprostol se move entre estas vidas, como um remédio que salva vidas e um abortivo clandestino, ele habita mundos regulatórios marcadamente diferentes. Este artigo explora as consequências jurídicas dessa dupla vida, especificamente a forma como o aborto foi criminalizado de modo inovador no Brasil por meio de sistemas de controle biomédico de medicamentos, com base em uma retórica de proteção da saúde pública.

### III. Um crime contra a saúde pública

Há poucas pesquisas jurídicas sobre a criminalização do aborto por meio de crimes relacionados a drogas, ou da regulamentação de medicamentos. Uma análise recente e abrangente da jurisprudência relativa ao fornecimento e ao uso informal do misoprostol, incluindo todos os tribunais de segunda instância e superiores do Brasil, começou a preencher esta lacuna (ASSIS, 2021).<sup>4</sup> A análise incluiu 331 decisões judiciais em casos criminais, proferidas entre julho de 1988 e junho de 2019, e que contêm as palavras-chave 'cytotec' - 'citotec' - 'misoprostol' - 'medicação abortiva' - 'medicação para aborto' - 'pílula abortiva'. A partir da análise qualitativa dessa base jurisprudencial, esta seção explica como os tribunais brasileiros têm empregado uma retórica de saúde pública sobre o aborto inseguro para criminalizar a distribuição do misoprostol no setor informal.

Embora todos os casos analisados tenham como objeto um ou mais delitos criminais, eles são distribuídos desigualmente ao longo do tempo e em função dos delitos, o que reflete as características da criminalização do aborto por meio da regulamentação dos medicamentos. Das 331 decisões judiciais, apenas seis são anteriores a 2000 (uma

---

<sup>4</sup> As decisões judiciais foram coletadas nas bases de dados oficiais on-line de todos os tribunais de segunda instância, estaduais e federais, bem como dos tribunais superiores. As 331 decisões judiciais foram identificadas, lidas e analisadas em sua integralidade. Uma base de dados quantitativa e qualitativa foi criada usando Excel, contendo as seguintes variáveis: 'Tribunal' - 'Número do processo' - 'Órgão decisório/juiz relator' - 'Ano da decisão' - 'Resumo do caso, como previsto na decisão' - 'Delito criminal' - 'Sujeito acusado' - 'Quantidade do medicamento apreendido' - 'Outras substâncias apreendidas' - 'Principais argumentos do parecer sobre o mérito do caso' - 'Sentença'. Embora existam limitações relacionadas ao fato de que foram incluídas apenas decisões a partir da segunda instância, o percentual de casos que, em geral, são objeto de recurso no Brasil é alto. Em 2019, 23% dos casos chegaram aos tribunais estaduais e 25%, aos tribunais federais (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2019), o que torna a pesquisa representativa.



decisão nos anos 1980, e cinco decisões nos anos 1990). Após a promulgação da Portaria no. 344/1998, que restringiu a posse e uso do misoprostol a hospitais registrados e exigiu autorização especial para sua produção, importação, distribuição e embalagem, os casos aumentaram dramaticamente, e a natureza do delito envolvido também mudou. A maioria das 331 decisões são posteriores a 2000 (63 decisões nos anos 2000, e 266 decisões nos anos 2010).

Dessas decisões, apenas 26 casos (8 por cento) envolvem uma acusação nos termos dos artigos 124 e 126 do Código Penal, os delitos relativos ao aborto.<sup>5</sup> Nesses casos, o misoprostol é mencionado no julgamento apenas como o método utilizado e revelado durante a investigação criminal. Outros 56 casos (17 por cento) envolvem contrabando ou delitos de tráfico, uma classe de crimes relacionados com a circulação e o comércio ilegal de drogas proibidas.<sup>6</sup> Os casos de contrabando geralmente envolvem a importação de pequenas quantidades de misoprostol: uma pessoa com quatro ou seis comprimidos encontrados em casa, supostamente para uso pessoal. Raros na jurisprudência são os casos de pessoas acusadas que compraram ou usaram os medicamentos com a intenção de interromper suas próprias gestações. Pelo contrário, 195 casos (59 por cento) envolvem sujeitos diretamente implicados na comercialização

---

<sup>5</sup> Artigo 124 do Código Penal: Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque: Pena - detenção, de um a três anos.

Artigo 126 do Código Penal: Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão de um a quatro anos.

<sup>6</sup> Artigo 33 da Lei n. 11.343: Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

IV - vende ou entrega drogas ou matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas, sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar, a agente policial disfarçado, quando presentes elementos probatórios razoáveis de conduta criminal preexistente.

Dois delitos podem ser descritos como contrabando: artigos 334 e 334-A do Código Penal. Eles incluem iludir o pagamento de imposto devido pela entrada, pela saída ou pelo consumo de mercadoria e sua comercialização (artigo 334) e a importação ou exportação de mercadorias ilícitas e seu armazenamento ou comercialização (artigo 334-A).



do misoprostol. Nos casos de tráfico, a pessoa acusada é geralmente encontrada com grandes quantidades de misoprostol, ou misoprostol dentre grandes quantidades de outras drogas ilícitas, como parte de um comércio generalizado de drogas.<sup>7</sup> Além disso, estes fornecedores são geralmente presos em grandes operações orquestradas pela Polícia Federal, nas quais armas de fogo, munições e dinheiro também estão envolvidos (DINIZ; CASTRO, 2011).

A esmagadora maioria dos casos - 238 (72 por cento)<sup>8</sup> - diz respeito ao delito do artigo 273 do Código Penal, do capítulo dos Crimes Contra a Saúde Pública. Na redação original de 1940, o artigo 273 tinha como alvo medicamentos falsificados ou adulterados, ao proibir a adulteração de uma substância medicinal com a finalidade de modificar sua qualidade ou reduzir seu valor terapêutico, suprimir qualquer elemento de sua composição normal, ou substituir por um de qualidade inferior (BRASIL, 1940). O delito abrangia qualquer pessoa que vendesse ou entregasse uma substância adulterada para consumo.

Em 1998, mesmo ano em que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi reestruturado, o Congresso reformou o artigo 273 em resposta a um suposto esquema de falsificação de medicamentos em larga escala (BRASIL, 1998a). O dispositivo agora visa não apenas pessoas que falsificam ou adulteram medicamentos, mas também abrange quem importa, vende, expõe à venda, tem em depósito para vender ou, de qualquer forma, distribui ou entrega a consumo produto falsificado, corrompido, adulterado ou alterado. Além disso, o delito abrange medicamentos em qualquer uma das seguintes condições:

- sem registro no órgão de vigilância sanitária competente, quando exigível;
- sem as características de identidade e qualidade admitidas para a sua comercialização;
- com redução de seu valor terapêutico ou de sua atividade;
- de procedência ignorada; ou
- adquirido de estabelecimento sem licença da autoridade sanitária competente.

---

<sup>7</sup> Enquanto a maioria dos casos (61 por cento - 203 casos) não está relacionada apenas ao misoprostol, mas também envolve outras substâncias, o número de casos envolvendo somente misoprostol não é irrelevante (39 por cento - 128 casos).

<sup>8</sup> Em outros 19 casos (6 por cento), o artigo 273 aparece em associação com outros delitos penais.



Após a adoção da Portaria no. 344/1998, os tribunais brasileiros começaram a tratar qualquer medicamento contendo misoprostol encontrado fora do sistema formal - isto é, não produzido por laboratórios autorizados e/ou circulando fora das instalações autorizadas - como se não tivessem registro ou fossem de procedência ignorada. Ao rotular esses medicamentos como "não registrados na ANVISA", os tribunais passaram a justificar a aplicação do artigo 273 a casos envolvendo o misoprostol.<sup>9</sup>

O crime contra a saúde pública do artigo 273 é mais punitivo do que os crimes de contrabando ou tráfico de drogas. A reforma do dispositivo no final dos anos 1990 reorganizou o delito como um crime hediondo - isto é, uma pessoa condenada pelo crime não pode receber anistia, graça ou indulto, nem pode ser beneficiada por fiança ou liberdade provisória (BRASIL, 1990) - e aumentou a pena de 1 a 3 anos para 10 a 15 anos de prisão. Em comparação, as penas de aborto nos termos do Código Penal são de no máximo 4 anos, ou 8 anos se o aborto ilícito causar a morte. O artigo 273 agora traz uma pena mínima maior do que o tráfico de drogas, tornando o fornecimento informal do misoprostol, um medicamento controlado, um delito mais reprovável do que o comércio ilícito de drogas. Não é surpreendente que, na jurisprudência, algumas teses de defesa busquem substituir a acusação para tráfico de drogas a fim de evitar esta penalidade extraordinária.

Sob a interpretação doutrinária predominante, o artigo 273 constitui um crime de natureza abstrata; ou seja, a mera execução da ação proibida independentemente do efeito é suficiente para a condenação. O artigo 273 cria uma classe de crimes de saúde pública considerando a mera posse ou fornecimento do misoprostol. Nos anos 1990, o Cytotec estava disponível em farmácias e era usado *off-label*. A presença do medicamento não era, em si mesma, passível de judicialização, ou considerada um delito penal. Isto mudou após 1998. Como um crime de natureza abstrata, o delito não é baseado em consequências. Não importa se o fornecimento representa algum risco ou dano real à saúde (NUCCI, 2019), como nos casos de medicamentos falsificados ou adulterados onde o crime é "de perigo concreto" (BOTTINO; SCHILLER, 2019). Ao contrário, a condenação tende a seguir a prova pericial de que o produto continha misoprostol, uma substância

---

<sup>9</sup> É interessante notar que, até 2005, o Cytotec - a versão mais comum do misoprostol que aparece na jurisprudência - ainda estava registrado na ANVISA para o tratamento da úlcera gástrica, portanto, não tecnicamente "sem registro" para fins do artigo 273. Desde 2001, o Prostokos está registrado para uso obstétrico e ginecológico, e a partir de 2005, tornou-se a única versão de misoprostol autorizada no país pela ANVISA.



controlada, e alguma evidência de sua origem desconhecida, sendo um medicamento estrangeiro ou não registrado no sistema nacional de vigilância sanitária. Isto também se tornou mais fácil a partir do ano 2000, quando o fabricante do Cytotec deixou o mercado brasileiro, e teve início a produção local de uma marca designada ao misoprostol, Prostokos, com distribuição restrita em hospitais (FERNANDEZ et al., 2009). Como o Superior Tribunal de Justiça explicou em um caso, "a potencialidade lesiva do medicamento [...] prescinde de demonstração através de laudo, porquanto está subsumida no próprio tipo, cujo bem jurídico tutelado é a saúde pública." (BRASIL, 2010). O simples fornecimento de misoprostol fora do controle de vigilância sanitária, em violação à Portaria no. 344/1998, constitui um crime hediondo de saúde pública e aumenta a perspectiva de uma pena mínima de 10 anos de prisão.

A severidade da pena contra a natureza abstrata do crime suscita uma questão constitucional de proporcionalidade. Em alguns dos casos envolvendo o artigo 273, os desembargadores consideram expressamente se o ato deve ser tratado como um crime hediondo. Na maioria desses casos, eles respondem afirmativamente, porque o misoprostol é usado inapropriadamente para a realização de aborto clandestino e ilegal (BRASIL, 2016). Algumas vezes, desembargadores citam a mera propriedade abortiva do misoprostol como motivo para considerar seu comércio ilícito hediondo.<sup>10</sup> Mais frequentemente, o caráter hediondo do crime vem do uso específico pretendido da droga no "aborto clandestino e ilegal", citado na jurisprudência como uma grande causa de morte materna e invalidez (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016a; SÃO PAULO, 2018). Os desembargadores tendem a concentrar-se na escala do impacto, no "número significativo de pessoas" ameaçadas pela "importação irregular" e pela "comercialização ilegal" de grandes quantidades de misoprostol de origem desconhecida.<sup>11</sup> A natureza hedionda do crime reside no dano à saúde pública.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Por exemplo, um Tribunal Regional Federal negou o pedido do acusado de aplicar o princípio da insignificância, dado o pequeno número de comprimidos apreendidos (50 pílulas) porque "a natureza do medicamento, potencialmente danoso em face do seu uso ilegal como abortivo, não permite a aplicação do princípio da insignificância" (BRASIL, 2012).

<sup>11</sup> Em um caso isolado do Estado do Rio de Janeiro, o tribunal rejeitou a propriedade abortiva do misoprostol como suficiente para a condenação de um farmacêutico, preso com 8 comprimidos: "O laudo de exame confirmou que o produto se trata de CYTOTEC MISOPROSTOL 250m [...] Entendo que o simples fato de que o efeito colateral da substância encontrada nos comprimidos tem potencial abortivo, não é capaz, no caso em tela, de configurar o tipo penal pelo qual os recorrentes foram condenados, considerando-se, inclusive, a pena altíssima cominada à infração penal." (RIO DE JANEIRO, 2018).

<sup>12</sup> Quando o medicamento é importado em pequena quantidade, os tribunais às vezes optam por evitar o artigo 273, arrazoando que, devido ao pequeno número de comprimidos, há "baixa exposição da sociedade a possíveis danos à saúde", ou os comprimidos não representam "risco social", ou geram "nenhum dano ou



Um caso do estado do Paraná ilustra bem como os tribunais invocam o aborto ilegal como um dano à saúde pública para justificar a aplicação do artigo 273. Em 2010, um homem e uma mulher dirigindo um carro do Paraguai para o Brasil foram detidos pela polícia na pequena cidade de Garapuava. A polícia encontrou em sua posse 50 comprimidos de Cytotec, além de muitos comprimidos para disfunção erétil e esteroides anabolizantes. Ao manter sua condenação com base no artigo 273, o Tribunal Regional Federal descreveu o dispositivo penal como tendo o objetivo de evitar que o país se tornasse um mercado não controlado de "farmácias a céu aberto" na forma de "‘camelódromos’ e feiras livres" (BRASIL, 2016). Os réus argumentaram que seu crime deveria ser reclassificado como contrabando, dada a pequena quantidade do medicamento em sua posse. A corte negou o pedido, fundamentando que a conduta dos acusados expunha muitas pessoas ao risco de saúde de usar um medicamento não registrado, sem supervisão médica, no curso de um aborto ilegal.

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais aplicou uma fundamentação semelhante a um caso de um vendedor ambulante, capturado pela polícia enquanto vendia Cytotec em uma praça pública movimentada da capital Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2014). No momento de sua prisão, o réu tinha consigo apenas 4 comprimidos do medicamento. Ao indeferir o habeas corpus impetrado por sua defesa, os desembargadores argumentaram que a ação do réu exigia uma "resposta mais incisiva do aparato repressor estatal e da Justiça", pois ele estava vendendo "um medicamento controlado utilizado indiscriminadamente como método abortivo". Para o tribunal, o réu atentou "direta e severamente contra a saúde pública" e ameaçou de forma difusa "a saúde de potenciais vítimas", além de fornecer os meios para "a prática clandestina de outro crime, qual seja, o aborto".

O Tribunal de Justiça de São Paulo indeferiu um recurso visando a imposição de uma sentença mais branda, no caso de dois homens presos por transportar 10 blisters de Cytotec e 7 blisters de uma droga para disfunção erétil do Paraguai para o Brasil. Ao negar o recurso, a corte argumentou que a gravidade da conduta resultou não apenas da intenção de comercializar uma "variedade e grande volume de medicamentos proscritos", mas também porque os medicamentos são usados no aborto clandestino; pela

---

dano insignificante à saúde pública". Estes casos não representam uma conduta de alto grau de reprovabilidade: há um risco mínimo ou nenhum risco para a saúde pública (BRASIL, 2017).



comercialização desta droga, os réus efetivamente contribuíam para o “incremento dos índices de mortalidade materna no país” (SÃO PAULO, 2018).

Em outro caso, um Tribunal Regional Federal indeferiu o pedido do réu de aplicação do princípio da insignificância sob o fundamento de que transportar 100 comprimidos de misoprostol de Assunção, Paraguai, para serem vendidos em Salvador, no nordeste do Brasil, não poderia ser considerado insignificante, pois resultou na introdução irregular de uma droga que permite que indivíduos se envolvam na prática de um crime que coloca em risco a saúde pública (BRASIL, 2015).

A nova criminalização do aborto no Brasil não se justifica primariamente pela ofensa religiosa ou moral do aborto. Ao contrário, na jurisprudência do artigo 273, os tribunais brasileiros aplicam uma lógica de saúde pública enraizada na suposta verdade do aborto clandestino e ilegal como um aborto inseguro para criminalizar o fornecimento ilícito de uma droga controlada, mas também o fornecimento crítico de um medicamento essencial.

#### IV. Discurso e política global sobre aborto

O aborto inseguro, base sobre a qual as cortes brasileiras explicam a natureza hedionda dos delitos envolvendo o misoprostol, há muito tempo é uma das principais causas de mortalidade materna no país, e também objeto de continuadas ações de *advocacy*. A partir dos anos 1980, uma forte narrativa de saúde pública sobre o aborto clandestino como aborto inseguro dominou os esforços do ativismo local para reformar as disposições criminais sobre o aborto (CAMARGO, 2020). Esta narrativa tornou-se particularmente forte nos anos 1990, quando as feministas brasileiras adquiriram um novo enquadramento global compartilhado sobre o aborto inseguro por meio das agendas de desenvolvimento das Nações Unidas nas Conferências do Cairo e Pequim (SCAVONE, 2008). Esta seção explora como a retórica de saúde pública da jurisprudência do artigo 273, em vez de uma simples invenção do judiciário brasileiro, reflete o discurso e a política global sobre o aborto e a vida dupla do misoprostol dentro dela. Este contexto é introduzido na fundamentação judicial da jurisprudência do artigo 273 com o objetivo de explicar a curiosa contradição do uso de um argumento de saúde pública a serviço da criminalização do aborto.



A natureza hedionda do "aborto inseguro" é uma convenção do discurso global sobre o aborto. Cerca de 25 milhões de abortos inseguros ocorrem a cada ano em países de baixa e média renda em todo o mundo, e 7 milhões de pessoas são internadas em hospitais a cada ano como consequência (SAY et al., 2014; SINGH; MADDOW-ZIMET, 2016; GANATRA et al., 2017). O “flagelo silencioso do aborto inseguro”, a “pandemia evitável do aborto inseguro” são títulos de publicações de referência na área, com declarações de abertura sobre a magnitude do aborto inseguro e seus impactos devastadores registrados por estas medidas de morte e invalidez (GRIMES, 2003; GRIMES et al., 2006). O ativismo global pelo aborto trabalhou para este reconhecimento. Em 1994, o aborto foi aceito na agenda de desenvolvimento global, mas somente como uma grande preocupação de saúde pública sobre o aborto inseguro, que deveria ser erradicado (UNITED NATIONS, 1994). Durante décadas, os danos decorrente do aborto inseguro à saúde pública foram a base habitual da reforma das lei de aborto, ou seja, a presunção de que os abortos ilegais são abortos inseguros (BERER, 2004).

Esta fusão de ilegalidade e dano à saúde pública pode ser atribuída em parte à Organização Mundial da Saúde (doravante denominada OMS), que a partir de 1990 definiu o aborto ilegal como aborto inseguro, ou melhor, atribuiu à legalidade do aborto o papel de base para distinguir o aborto seguro do inseguro. De forma semelhante à fundamentação dos tribunais brasileiros na jurisprudência do artigo 273, a definição da OMS de aborto inseguro se concentrava apenas nas circunstâncias de um aborto, não em seus resultados reais. O aborto inseguro foi definido como a interrupção da gravidez por pessoas não treinadas em um ambiente fora dos padrões médicos mínimos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). Durante décadas, esta abordagem funcionou suficientemente bem porque o aborto fora destas circunstâncias apresentava riscos excessivos, frequentemente envolvendo métodos invasivos ou outros métodos inseguros. O uso informal do misoprostol foi visto ou construído como um desses métodos.

Embora hoje o declínio global da morbidade e mortalidade relacionadas ao aborto, desde 1990, seja creditado ao uso informal do misoprostol (SINGH et al., 2018), nem sempre foi assim. No início da documentação da prática, houve relatos de aumento do número de mulheres que se apresentavam em hospitais com abortos incompletos ou fracassados, reais ou temidos, ou simplesmente porque queriam terminar o aborto com segurança através do cuidado legal pós-aborto. As complicações hospitalares tratadas, que aumentaram com o relatado uso informal do misoprostol, são uma importante fonte



de dados para calcular indiretamente o aborto inseguro (WILSON; GARCIA; LARA, 2010). O discurso da saúde pública nem sempre refletiu o fato de que o uso do misoprostol, ao substituir métodos mais perigosos, também diminuiu a gravidade das complicações relacionadas ao aborto (perfuração uterina, infecções e sepse) para aquelas pessoas que se apresentavam aos hospitais e, portanto, tornou o aborto mais seguro (DZUBA; WINIKOFF; PEÑA, 2013). Estudos realizados no Brasil nos anos 1990, por exemplo, documentaram um número decrescente de complicações graves relacionadas ao aborto em hospitais públicos devido ao uso do misoprostol (COSTA; VESSEY, 1993; FONSECA et al., 1996, 1998; COSTA, 1998), mas também registraram um aumento no número de mulheres hospitalizadas por aborto induzido e consideraram todos esses abortos como "inseguros".<sup>13</sup>

O uso informal do misoprostol como um abortivo apresentou mais uma complicação para o discurso político global em virtude de seu risco político, e não de saúde pública. Pesquisadoras, agências de desenvolvimento, autoridades sanitárias e defensoras dos direitos das mulheres queriam expandir o acesso ao misoprostol como um medicamento essencial para suas muitas outras indicações de saúde reprodutiva, mas enfrentaram a complicação de seu uso informal e até mesmo do uso *off-label* para o aborto (MACDONALD, 2021). Embora a droga tenha poucas contraindicações e fosse já amplamente conhecida por ser segura e efetiva para uso no início da gravidez, com raros efeitos graves adversos posteriores, o fabricante do Cytotec, G.D. Searle & Co (e depois a Pfizer) suprimiu ativamente este conhecimento e recusou-se a pesquisar ou registrar o misoprostol para qualquer indicação de saúde reprodutiva durante a vida útil de sua patente (WEEKS; FIALA; SAFAR, 2005). Os avisos da embalagem afirmavam claramente que o misoprostol estava contraindicado na gravidez, e a Searle advertiu publicamente sobre os graves riscos do uso *off-label* para "mãe e feto", com ênfase repetida de que a droga não estava aprovada para o aborto (CHONG; SU; ARULKUMARAN, 2004).

Em 1991, a empresa publicou uma Carta ao Editor do periódico *The Lancet* condenando veementemente o relatado mau uso do medicamento no Brasil "para interferir com o curso da gravidez" (DOWNIE, 1991). A Carta foi impressa na mesma página de um estudo que mostrava que as farmácias brasileiras vendiam Cytotec no

---

<sup>13</sup> Um estudo retrospectivo no Brasil com 1840 mulheres que obtiveram cuidado pós-aborto em hospital descobriu que a incidência de infecção entre as mulheres que haviam usado misoprostol era de quase um doze avos em relação às mulheres que haviam utilizado outros métodos (FAÚNDES et al., 1996).



balcão para interrupção da gravidez (COELHO et al., 1991). A advertência da empresa foi incomum porque o uso *off-label* de medicamentos é praticado em todo o mundo. A falta de registro comercial ou licenciamento para uma determinada indicação não equivale a um uso perigoso ou inseguro, e os reguladores podem disponibilizar um produto para uma determinada indicação se ele tiver um benefício de saúde pública. Neste caso, entretanto, os protestos da Searle foram apropriados pelos reguladores de medicamentos como motivo para restringir o uso do misoprostol para o aborto. A Searle foi um passo além ao se recusar a incluir nas bulas ou doses do fabricante a indicação para uso reprodutivo seguro, o que levou a amplas e até perigosas variações na prática (CHONG; SU; ARULKUMARAN, 2004). A indução do trabalho de parto requer 25 µg de misoprostol, mas os comprimidos fabricados para tratamento de úlceras contêm 4 ou 8 vezes essa dose, o que pode romper o útero (MORRIS et al., 2017). Durante este período, as preocupações com a exposição fetal ao misoprostol e seus efeitos teratogênicos também começaram a vir à tona (CHONG; SU; ARULKUMARAN, 2004). De 1991 a 2011, foram publicados no Brasil 68 estudos, em sua maioria anedóticos, sobre a associação entre o uso fracassado do misoprostol para interromper a gravidez e a Síndrome de Moebius, uma condição rara (LÖWY; VILLELA CORRÊA, 2020). Nenhum dos poucos estudos epidemiológicos mostrou uma correlação estatisticamente relevante, mas os riscos fetais de exposição *in utero* atraíram a atenção do público e da mídia, dando ainda mais suporte a uma associação entre o uso informal e o uso inseguro (LÖWY; VILLELA CORRÊA, 2020).<sup>14</sup>

Esta dupla vida de misoprostol – como um remédio que salva vidas e uma droga que põe a vida em risco – levou à sua distribuição controlada na política global, especificamente na Lista de Medicamentos Essenciais (doravante denominada EML, da sigla em inglês *Essential Medicines List*) da OMS. Os medicamentos essenciais são definidos como aqueles "que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população [...] selecionados com a devida atenção à relevância para a saúde pública, evidência sobre eficácia e segurança, e comparação de custo-efetividade" (WHO EXECUTIVE BOARD, 2001). No entanto, os relatórios da EML da OMS mostram que uma

---

<sup>14</sup> É importante esclarecer que, em um projeto colaborativo entre o *Population Council* e *Gynuity Health Projects on Misoprostol and Teratogenicity*, foi constatado que "existe uma associação entre defeitos de nascimento e a exposição *in utero* ao misoprostol", que, no entanto, tem baixo risco. Os defeitos mais comumente citados são 'equinovarus' (pé torto), anomalias do nervo craniano (que afetam os nervos V, VI, VII e XII), e ausência dos dedos' (PHILIP; SHANNON; WINIKOFF, 2003).



avaliação baseada em evidências do misoprostol repetidamente misturou saúde pública e risco político.

Em 2003, a OMS rejeitou um pedido para incluir o misoprostol como medicamento essencial para indicações obstétricas e ginecológicas, dado o registro limitado em nível nacional, apesar do estudo extensivo e do uso *off-label* para essas indicações. Em seu relatório, o Comitê de Especialistas observou que o misoprostol "também é um agente abortivo efetivo" e que vários países justificaram o não registro por "preocupação com o amplo uso do misoprostol como automedicação [...] principalmente onde o aborto é considerado ilegal" (WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2003). Em 2005, um pedido para incluir o misoprostol em um regime combinado com a mifepristona<sup>15</sup> para o aborto medicamentoso foi bem-sucedido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). O Comitê de Especialistas, entretanto, recomendou que a mifepristona e o misoprostol fossem incluídos na lista complementar, de medicamentos para os quais são necessárias instalações, cuidados ou treinamento especializados, e que a seguinte nota fosse adicionada à sua inscrição: "requer supervisão médica rigorosa" (WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2005). Mesmo esta recomendação cautelosa gerou controvérsia, com relatos da mídia de que os Estados Unidos tentaram bloquear a sua inclusão (THE EDITORS OF THE LANCET GROUP, 2005). A recomendação da OMS foi aprovada, mas em outro ato sem precedentes, o Diretor Geral da OMS destacou a inscrição com um texto em tarja preta, "onde permitido pela legislação nacional e onde culturalmente aceitável", linguagem nunca antes utilizada na EML (GIBSON, 2005; PEREHUDOFF; BERRO PIZZAROSSA; STEKELENBURG, 2018).

A EML da OMS foi tomada como um endosso dos rigorosos controles regulatórios sobre o misoprostol decretados em países como o Brasil, e como uma advertência contra a distribuição e o uso no mercado ou por meios comunitários. Em toda a América Latina e no Caribe, o misoprostol continua sujeito a controles de prescrição e, em alguns países, o medicamento é restrito ao uso institucional (OROZCO; ALVARADO, 2013). Mais fundamentalmente, a EML da OMS inscreveu na política pública a vida dupla do misoprostol como droga controlada e medicamento essencial, e seu texto de tarja preta

---

<sup>15</sup> A mifepristona, também conhecida como RU486, é um medicamento que bloqueia a recepção de progesterona, um hormônio necessário para que a gravidez continue. No regime combinado de aborto medicamentoso, a mifepristona é o primeiro passo da sequência, seguido pelo misoprostol.



delegou às autoridades nacionais poder total para determinar o equilíbrio entre controle e acesso.

O Brasil foi um dos primeiros países a registrar o misoprostol para indicações de saúde reprodutiva, incluindo a interrupção legal da gravidez, e iniciou a produção genérica local assim que a patente do Cytotec expirou. O Brasil também incluiu o misoprostol em sua Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, mas somente para indicações aprovadas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010). Os riscos do uso *off-label* ou informal do misoprostol, no entanto, continuam a ser divulgados com diretrizes de prática clínica mencionando os efeitos teratogênicos do uso do misoprostol no primeiro trimestre de gravidez (BRASIL, 2012). Por regulamento, as bulas do produto também devem conter uma advertência de risco para uso durante a gravidez (artigo 83 da Portaria n.o 344/1998).

No decorrer do tempo, com a produção genérica de misoprostol em todo o mundo, e o aumento da oferta e disponibilidade de produtos, as pesquisas de saúde pública sobre o seu uso para a interrupção precoce da gravidez acabaram levando a regimes e protocolos melhorados e padronizados, além de diminuir significativamente as preocupações com a segurança (RAYMOND; HARRISON; WEAVER, 2019). Em 2019, um pedido bem sucedido fez com que a EML da OMS transferisse a mifepristona e o misoprostol para o aborto medicamentoso para a lista principal de medicamentos essenciais – ou seja, os medicamentos mínimos necessários para um sistema básico de saúde - e eliminou a exigência de supervisão médica rigorosa (WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). As diretrizes e revisões sistemáticas da OMS agora apoiam amplamente um aborto menos medicalizado, geralmente exigindo acesso a medicamentos de qualidade, instruções sobre como usá-los e informações sobre quando e onde procurar ajuda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, 2018).<sup>16</sup>

O uso do misoprostol é considerado um método seguro e efetivo para interromper uma gravidez precoce (RAYMOND; HARRISON; WEAVER, 2019). É importante destacar que a base de pesquisa que apoia esta visão inclui estudos de uso informal em

---

<sup>16</sup> As recomendações da OMS para o aborto medicamentoso induzido com menos de 12 semanas de gestação incluem o uso de um regime apenas de misoprostol, com doses repetidas de 800 mcg por via oral, vaginal ou sublingual. Quando há acesso a uma fonte de informação precisa e a um profissional de saúde (caso seja necessário ou desejado em qualquer etapa do processo), o aborto pode ser autogestionado com gravidezes < 12 semanas de gestação sem a supervisão direta de profissional de saúde. Isto pode ser contrastado com as primeiras orientações da OMS em 2012 sobre o uso apenas do misoprostol, que enfatizavam a importância do acesso ao atendimento pós-aborto (TANG et al., 2013).



países legalmente restritivos ( RAMOS; ROMERO; AIZENBERG, 2014; GERDTS et al., 2018). De fato, a OMS também reconheceu que o crescente uso informal do misoprostol tornou o aborto mais seguro e reformulou seu esquema de classificação de aborto seguro e inseguro para incluir uma gradação de risco (GANATRA et al., 2014, 2017; SEDGH et al., 2016). Embora mantendo o binário do aborto seguro e inseguro, a OMS agora divide o aborto inseguro em duas outras categorias: menos seguro e nada seguro. O aborto com misoprostol é caracterizado como um método seguro e efetivo, mesmo que a obtenção e o uso do medicamento fora do sistema formal de saúde torne o método menos seguro. Com esta mudança, a OMS reconheceu que mais do que um ambiente de prestação de serviços importa para o aborto seguro e nomeou expressamente o ambiente legal como uma condição para o aborto seguro.

No entanto, a EML da OMS de 2019 mantém o texto da tarja preta. O misoprostol é um medicamento essencial para os sistemas básicos de saúde para evitar as principais causas de mortalidade e morbidade materna, mas apenas "onde permitido pela legislação nacional e onde culturalmente aceitável". Em seu relatório, o Comitê de Especialistas explicou seu papel e responsabilidade como sendo os de "fornecer à OMS orientação técnica em relação à seleção e ao uso de medicamentos essenciais [...] não estendendo seu mandato à prestação de consultoria sobre o teor do texto" (WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES, 2019).

## V. Um futuro para o misoprostol na política de saúde pública

Esta seção se baseia em um precedente isolado do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul para traçar um futuro regulador para o misoprostol. Neste caso, o tribunal afastou-se da visão dominante do misoprostol como uma droga controlada por uma política criminal punitiva e retomou o discurso do aborto inseguro para garantir o acesso ao misoprostol como um medicamento essencial por meio da política de saúde pública (RIO GRANDE DO SUL, 2007). O tribunal aceitou as realidades de fornecimento informal e se concentrou mais nos danos reais dos mercados clandestinos e nas intervenções humanas baseadas em evidências para tratar do tema (DINIZ; CASTRO, 2011; HYMAN et al., 2013).

O caso diz respeito a uma acusação nos termos do artigo 180 do Código Penal, que criminaliza a compra e venda dos produtos de um crime. O acusado comprou o



misoprostol de um vendedor ambulante, e depois o revendeu em sua própria "banca de camelô" a uma adolescente por sua "grande insistência". O tribunal absolveu o acusado pela falta de provas, pois não havia evidência de que a substância controlada do misoprostol tenha sido encontrada no produto comprado e vendido. Entretanto, antes de emitir uma absolvição, a Corte fez um comentário geral sobre os fatos que deram origem ao caso. Por um lado, o tribunal explicou que o caso apresenta a realidade inegável de uma proibição inefetiva. O misoprostol continua a ser vendido abertamente no Brasil, de tal forma que uma rápida busca na internet mostra como é fácil comprar produtos não registrados. Para demonstrar o fato, o tribunal forneceu um exemplo: uma lista completa com o preço de venda, informações de contato e os sites de fornecedores do Cytotec na Internet.

Por outro lado, o tribunal observou que existe a realidade inegável da demanda, "centenas de milhares de mulheres pobres – normalmente muito jovens - que, a cada ano, abortam clandestinamente". Embora medir a demanda e o uso do misoprostol seja metodologicamente desafiador por causa do contexto ilícito (WILSON; GARCIA; LARA, 2010), as Pesquisas Nacionais sobre Aborto de 2010 e 2016 no Brasil mostram que quase metade daquelas que interrompem sua gravidez a cada ano o fazem com medicamentos (DINIZ; MEDEIROS, 2010; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). As pesquisas qualitativas mostram que o Cytotec é o medicamento mais utilizado sozinho ou em combinação com chás, líquidos e ervas (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Com estas duas realidades - oferta e demanda - o tribunal reconheceu não apenas a futilidade das leis de controle de drogas na erradicação do aborto inseguro, mas também suas disfunções. Não é o fornecimento informal de misoprostol que torna o aborto inseguro, mas as condições criminalizadas de sua distribuição e uso.

A pesquisa apoia a intuição do tribunal. Estudos brasileiros ressaltam a insegurança, o risco e a violência que as pessoas temem e experimentam com o fornecimento e uso informal do misoprostol ( ROSO et al., 2017; DUARTE; DE MORAES; ANDRADE, 2018;). Nos mercados clandestinos, as pessoas estão preocupadas com a qualidade dos comprimidos de misoprostol, que são muitas vezes reembalados diferentemente do que anunciados ou revendidos como pílulas simples (ENDLER; CLEEVE; GEMZELL-DANIELSSON, 2020; HYMAN et al., 2013). Estudos baseados em amostragem aleatória de produtos de misoprostol de mercados informais mostram que a maioria contém misoprostol, e ainda que com menos frequência rotuladas ou falsificadas, as



drogas raramente são perigosas, mas simplesmente inefetivas (BERARD et al., 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; MURTAGH et al., 2018). No entanto, tal pesquisa está além do conhecimento comum da maioria das pessoas, deixando-as apenas com confiança e boa-fé, e boca a boca. Além disso, a lei exclui a própria garantia que as pessoas buscam, ou seja, algumas provas de que o produto contém misoprostol, pois tais provas são a própria condição que enseja a responsabilidade criminal nos termos do artigo 273.<sup>17</sup> A pesquisa também mostra que o fornecimento informal do misoprostol deixa muitas pessoas sem instruções baseadas em evidências acerca do uso seguro e efetivo, do que esperar durante o processo e quando procurar ajuda, enquanto a ameaça de responsabilidade criminal deixa outras pessoas relutantes em adquirir, pedir ou fornecer tais informações (POWELL-JACKSON et al., 2015; REISS et al., 2017; SOLHEIM et al., 2020). As bulas dos produtos, por exemplo, podem ser de ajuda limitada, especialmente se estiverem desatualizadas ou restritas à indicação original do medicamento, ou se fornecerem informações contraditórias, tais como aconselhamento contra o uso durante a gravidez, em contraposição a instruções sobre o uso para interrupção da gravidez (FRYE et al., 2020). Estas bulas em si são uma prova documental da dupla vida do misoprostol. Sem acesso a informações sobre o uso informal seguro, as pessoas podem demorar para buscar cuidados quando precisarem ou deixar de fazê-lo, e os prestadores de serviços de saúde podem saber pouco sobre o misoprostol ou seu uso, o que afeta a qualidade do cuidado pós-aborto (DINIZ; MADEIRO, 2012). O atual regime regulatório no Brasil mantém as mulheres “reféns entre o risco de falsificação do produto e o receio de denúncia se procurarem o auxílio médico, perpetuando histórias de medo e tortura silenciosas.” (DINIZ; MADEIRO, 2012, p. 1803)

No entendimento da criminalização como a maior ameaça à saúde pública no aborto inseguro, este precedente do tribunal brasileiro faz um apelo não apenas pela legalização do aborto, mas também por uma "política de saúde pública que assegure a todas as mulheres as condições ideais para a interrupção de uma gravidez indesejada". Em uma única sentença, o tribunal deu voz a uma visão dos fornecedores informais de misoprostol, das usuárias e dos mercados que eles formam como locais de intervenção

---

<sup>17</sup> Na jurisprudência brasileira analisada, os juízes com frequência aplicaram o delito menor de contrabando nos casos em que as pílulas não continham misoprostol, o que de fato favoreceu os vendedores de medicamentos falsificados (BRASIL, 2014).



crítica na saúde pública (MOLAND et al., 2018). No julgamento, há um impulso para compreender esses mercados e torná-los mais seguros, em vez de erradicá-los.

Por exemplo, no caso, o tribunal nomeou especificamente o acusado como um vendedor ambulante de bairro,<sup>18</sup> sendo as diferenças em relação aos vendedores de medicamentos um aspecto importante da jurisprudência sobre o misoprostol (médicos e farmacêuticos, traficantes de drogas, fornecedores pela internet). Um intermediário conhecido dos mercados clandestinos no Brasil, os vendedores ambulantes geralmente vendem pequenas quantidades de medicamentos e tendem a viver e trabalhar em comunidades sem conexão com o tráfico de drogas (que tendem a operar via internet com estoques maiores de drogas).<sup>19</sup> Estes vendedores não apenas vendem misoprostol, mas também comumente conhecem e informam as compradoras sobre seu uso seguro (DINIZ; MADEIRO, 2012). De fato, as pessoas podem até mesmo confiar mais nesses intermediários do que nos atores dos sistemas formais de saúde, pois eles falam um dialeto compartilhado e experimentam uma necessidade mútua de descrição e um senso comum de circunstâncias vividas. Nesses mercados, os vendedores ambulantes de bairro fazem parte de uma rede de atendimento junto com parceiros, amigas e familiares (DINIZ; MEDEIROS, 2012), e redes cada vez mais ativistas e grupos comunitários que fornecem informações e apoio mútuo através de linhas diretas, fóruns on-line e serviços de acompanhamento para tornar os mercados informais mais seguros e protegidos (YANOW; ERDMAN; JELINSKA, 2019). Estudos de Burkina Faso (DRABO, 2019) e Tanzânia (SOLHEIM et al., 2020) documentam as formas pelas quais o misoprostol foi redesignado para interrupção da gravidez no setor informal através de uma rede material habitada por vendedores de medicamentos em farmácias, trabalhadores da saúde e trabalhadoras do sexo. Estes estudos observam que o misoprostol ganha vida própria dentro destas redes, produzindo novas relações sociais que facilitam o acesso ao medicamento e informações sobre o uso mais seguro, criando assim uma rede informal de cuidado.

---

<sup>18</sup> Vendedores de medicamentos, como lojistas e vendedores ambulantes, são personagens bem conhecidos nos estudos antropológicos de fármacos. Ao desempenhar o papel de prescrever medicamentos (embora não por escrito), especialmente em contextos de recursos escassos, eles são descritos como "mais próximos de seus clientes do que os médicos e farmacêuticos em termos geográficos, financeiros e sociais" e geralmente tratam seus clientes com mais respeito do que os profissionais de saúde formais (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002, p. 159).

<sup>19</sup> Estes vendedores não apenas vendem misoprostol, mas também comumente conhecem e informam as compradoras sobre seu uso seguro (DINIZ; MADEIRO, 2012)



Deste ponto de vista, os mercados informais de informação e fornecimento de misoprostol podem ser um poderoso meio de ação coletiva e apoio a práticas de aborto mais seguras através de uma interação dinâmica dos setores informais e formais de cuidado em aborto (DE ZORDO, 2016; DUARTE; DE MORAES; ANDRADE, 2018; VÁZQUEZ; SZWARC, 2018). Visto sob esta ótica, o papel do Estado não é ignorar ou eliminar estes mercados, mas apoiar o fornecimento, informação e uso seguro dentro deles.<sup>20</sup> Existem, em outras palavras, formas alternativas de assegurar que o misoprostol como medicamento essencial esteja disponível nos sistemas de saúde em "quantidades adequadas, nas formas de dosagem apropriadas, com qualidade assegurada e informação adequada, e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar", como promete a Lista de Medicamentos Essenciais da OMS (WHO EXECUTIVE BOARD, 2001, p. 1).

Há mais de 20 anos, pesquisadoras defenderam que tornar o misoprostol para o aborto seguro disponível em nível comunitário faria mais para salvar vidas do que qualquer outra intervenção realisticamente alcançável, sustentável e de larga escala (PRATA et al., 2009). Elas também observaram que tais intervenções dependem mais da política estatal do que da vontade das pessoas de se ajudarem a si mesmas. Embora provavelmente de modo inconsciente, um único tribunal brasileiro, agindo contra a jurisprudência, recitou quase literalmente o apelo dessas pesquisadoras, que declararam: "Temos as evidências. Nosso desafio agora é usar as provas da eficácia e segurança do misoprostol para garantir que todas tenham acesso" (STARRS; WINIKOFF, 2012, p. 1). No final, o tribunal absolveu o acusado porque, em suas palavras, a criminalização de um vendedor ambulante que vende remédios solicitados por uma jovem necessitada não é uma medida de justiça.

## VI. Conclusão

A nova criminalização do aborto no Brasil é uma função das leis de controle de drogas aplicadas contra o fornecimento informal do misoprostol em nome da saúde pública. É uma virada curiosa, dada a outra vida do misoprostol como um remédio essencial para a

---

<sup>20</sup> Por exemplo, com o fornecimento informal, as bulas são uma fonte crítica de informações de uso mais seguro e, portanto, intervenções para melhorar a qualidade e acessibilidade das informações contidas nelas, é uma intervenção crítica de redução de danos (BLOOM; STANDING; LLOYD, 2008; CROSS; MACGREGOR, 2010).



saúde reprodutiva. No entanto, esta prática local é consistente com a vida dupla que o misoprostol vive há muito tempo dentro do discurso e da política global sobre o aborto, e com a única realidade de que o significado de drogas e remédios depende tanto do contexto quanto de qualquer propriedade intrínseca (WHYTE; VAN DER GEEST; HARDON, 2002). A vontade de ver e agir sobre o fornecimento e os mercados informais de medicamentos abortivos não como uma ameaça criminosa à saúde pública, mas como uma intervenção crítica para proteger a saúde e a vida das pessoas pode ainda ser a vida futura do misoprostol.

### Tradução

**Lílian Ponso Ribeiro**, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: patacom@patacom.com.br

### Referências bibliográficas

ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de Sousa; PISANESCHI, Tatiane. **Aborto medicamentoso no Brasil**. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

ASSIS, Mariana Prandini. Liberating abortion pills in legally restricted settings: Activism as public criminology. *In*: HENNE, Kathryn; SHAH, Rita (org.). **The Routledge International Handbook of Public Criminologies**. New York: Routledge, 2020. p. 120–130.

ASSIS, Mariana Prandini. Misoprostol on trial in Brazil: A descriptive study of the criminalization of an essential medicine. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], 2021.

ASSIS, Mariana Prandini; LARREA, Sara. Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. **Sexual and Reproductive Health Matters**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 1779633, 2020. DOI: 10.1080/26410397.2020.1779633.

BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth. A Experiência Brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 2, p. 408–417, 1993. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16073/14608>. Acesso em: 27 jun. 2020.

BERARD, Veronique; FIALA, Christian; CAMERON, Sharon; BOMBAS, Teresa; PARACHINI, Mirella; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina. Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. **PLoS ONE**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. 1–13, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0112401.

BERER, Marge. National Laws and Unsafe Abortion: The parameters of change.



**Reproductive Health Matters**, [S. l.], v. 12, n. 24 SUPPL., p. 1–8, 2004. DOI: 10.1016/S0968-8080(04)24024-1.

BLOOM, Gerald; STANDING, Hilary; LLOYD, Robert. Markets, information asymmetry and health care: Towards new social contracts. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 66, n. 10, p. 2076–2087, 2008. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.01.034.

BOTTINO, Thiago; SCHILLER, Alexandre Ortigão Sampaio Buarque. Aspectos penais e regulatórios da venda de medicamentos sem registro. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–33, 2019. DOI: 10.5902/1981369432592.

BRAINE, Naomi. Autonomous Health Movements: Criminalization, De-Medicalization, and Community-Based Direct Action. **Health and human rights**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 85–97, 2020. Disponível em: <https://socorristasenred.org>. Acesso em: 16 maio. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei 2.848 (Código Penal)**, de 07 de dezembro de 1940, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria no. 27**, de 1986.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei no. 8.072**, de 25 de julho de 1990, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria no. 101**, de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria no. 344**, de 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html). Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei no. 9677**, de 02 de julho de 1998a, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9677.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9677.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução no. 911**, de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução no. 1050**, de 2006a.

BRASIL. Tribunal Superior de Justiça. **Habeas Corpus 100502/SP**. Relator Napoleão Nunes Maia Filho- Quinta Turma. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, 29 mar. 2010, [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num\\_registro=200800363515&dt\\_publicacao=29/03/2010](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiroteor/?num_registro=200800363515&dt_publicacao=29/03/2010).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução no. 1534**, de 2011.



BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). **Processo ACR 0007216-28.2008.4.04.7002 PR**. Relator Luiz Carlos Canalli. Porto Alegre, 12 dez. 2012. Disponível em: [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro\\_teor.php?orgao=1&documento=5356588](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&documento=5356588).

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). **Processo ARGINC 5001968-40.2014.4.04.0000**. Relator Leandro Paulsen. Porto Alegre, 19 dez. 2014, [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro\\_teor.php?orgao=1&documento=6506662](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&documento=6506662))

BRASIL. Tribunal Regional Federal (3. Região). **Processo ACR 0000425-80.2006.4.03.6116 SP**. Relator Hélio Nogueira. São Paulo, 15 set. 2015, <http://web.trf3.jus.br/acordaos/Acordao/PesquisarDocumento?processo=00004258020064036116>.

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). **Processo ACR 5001587-05.2010.4.04.7006 PR**. Relator Márcio Antônio Rocha. Porto Alegre, 5 jul. 2016, [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro\\_teor.php?orgao=1&documento=8351796](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&documento=8351796).

BRASIL. Tribunal Regional Federal (4. Região). **Processo ACR 5002552-58.2011.4.04.7002 PR**. Relator João Pedro Gebran Neto. Porto Alegre, 31 ago. 2016a, [https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro\\_teor.php?orgao=1&documento=8464614](https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/inteiro_teor.php?orgao=1&documento=8464614)

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus 411316/MG**. Relator Antonio Saldanha Palheiro- Sexta Turma. Diário de Justiça Eletrônico, Brasília, 4 out. 2017, [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiro\\_teor/?num\\_registro=201701962380&dt\\_publicacao=04/10/2017](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/inteiro_teor/?num_registro=201701962380&dt_publicacao=04/10/2017).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução no. 753**, de 2017a.

CALKIN, Sydney. Transnational abortion pill flows and the political geography of abortion in Ireland. **Territory, Politics, Governance**, [S. l.], p. 1–17, 2020. DOI: 10.1080/21622671.2019.1704854.

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel De. Pro-abortion Rights Narratives in Brazil, 1976 to 2016. **Cadernos de saude publica**, [S. l.], v. 36Suppl 1, p. 1–13, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00189018.

CHEMLAL, Sonia; RUSSO, Giuliano. Why do they take the risk? A systematic review of the qualitative literature on informal sector abortions in settings where abortion is legal. **BMC Women's Health**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019. DOI: 10.1186/s12905-019-0751-0/TABLES/2. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-019-0751-0>. Acesso em: 7 dez. 2022.

CHONG, Yap-Seng; SU, Lin-Lin; ARULKUMARAN, Sabaratnam. Misoprostol: a quarter



century of use, abuse, and creative misuse. **Obstetrical & Gynecological Survey**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 128–40, 2004. DOI: 10.1097/01.OGX.0000109168.83489.66. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14752301>. Acesso em: 27 jun. 2020.

COELHO, Helena L. L.; MISAGO, Chizuru; DA FONSECA, Walter V. C.; SOUSA, Domingos S. C.; DE ARAUJO, Julio M. L. **Selling abortifacients over the counter in pharmacies in Fortaleza, Brazil. The Lancet** Elsevier, , 1991. DOI: 10.1016/0140-6736(91)90379-4.

COELHO, Helena Lutécia; TEIXEIRA, Ana Cláudia; DE FÁTIMA CRUZ, Maria; GONZAGA, Sandra Luzia; ARRAIS, Paulo Sérgio; LUCHINI, Laura; LA VECCHIA, Carlo; TOGNONI, Gianni. Misoprostol: The experience of women in Fortaleza, Brazil. **Contraception**, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 101–110, 1994. DOI: 10.1016/0010-7824(94)90084-1.

COLLINS, Paul W. Misoprostol: Discovery, development, and clinical applications. **Medicinal Research Reviews**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 149–172, 1990. DOI: 10.1002/med.2610100202. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/med.2610100202>. Acesso em: 27 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2019**. Brasília.

CONTI, Jennifer; CAHILL, Erica P. Self-managed abortion. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 31, n. 6, p. 435–440, 2019. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000585. Disponível em: <http://journals.lww.com/00001703-201912000-00011>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COSTA, S. H. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 63, n. SUPPL. 1, p. 131–139, 1998. DOI: 10.1016/S0020-7292(98)00195-7.

COSTA, S. H.; VESSEY, M. P. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet**, [S. l.], v. 341, n. 8855, p. 1258–1261, 1993. DOI: 10.1016/0140-6736(93)91156-G.

CROSS, Jamie; MACGREGOR, Hayley Nan. Knowledge, legitimacy and economic practice in informal markets for medicine: A critical review of research. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 71, n. 9, p. 1593–1600, 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.07.040.  
DE ZORDO, Silvia. The biomedicalisation of illegal abortion: the double life of misoprostol in Brazil. **Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 19–35, 2016. DOI: 10.1590/S0104-59702016000100003.

DINIZ, Debora; CASTRO, Rosana. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: Misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 94–102, 2011. DOI: 10.1590/s0102-311x2011000100010.

DINIZ, Debora; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: A polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 7, p. 1795–1804, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: Uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 15, n. SUPPL. 1, p. 959–966, 2010. DOI:



10.1590/s1413-81232010000700002.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 7, p. 1671–1681, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000700002.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. National abortion survey 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 653–660, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.23812016.

DOWNIE, W. Wilson. Misuse of misoprostol. **The Lancet**, [S. l.], v. 338, n. 8761, p. 247, 1991. DOI: 10.1016/0140-6736(91)90378-3.

DRABO, Seydou. A pill in the lifeworld of women in Burkina Faso: Can misoprostol reframe the meaning of abortion. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 22, p. 1–13, 2019. DOI: 10.3390/ijerph16224425.

DUARTE, Nanda Isele Gallas; DE MORAES, Lorena Lima; ANDRADE, Cristiane Batista. Abortion experience in the media: Analysis of abortive paths shared in an online community. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 23, n. 10, p. 3337–3346, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.14062018.

DZUBA, Ilana G.; WINIKOFF, Beverly; PEÑA, Melanie. Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 441–450, 2013. DOI: 10.3109/13625187.2013.824564.

ENDLER, Margit; CLEEVE, Amanda; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina. Online access to abortion medications: a review of utilization and clinical outcomes. **Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 63, p. 74–86, 2020. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.06.009.

ERDMAN, Joanna N.; JELINSKA, Kinga; YANOW, Susan. **Understandings of self-managed abortion as health inequity, harm reduction and social change. Reproductive Health Matters**Taylor and Francis Ltd., 2018. DOI: 10.1080/09688080.2018.1511769.

FAÚNDES, A.; SANTOS, L. C.; CARVALHO, M.; GRAS, C. Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. **Advances in Contraception**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1–9, 1996. DOI: 10.1007/BF01849540.

FERNANDEZ, Maria M.; COEYTAUX, Francine; GOMEZ PONCE DE LEÓN, Rodolfo; HARRISON, Denise L. Assessing the global availability of misoprostol. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 105, n. 2, p. 180–186, 2009. DOI: 10.1016/j.ijgo.2008.12.016.

FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; CORREIA, Luciano L.; PARENTE, João A. M.; OLIVEIRA, Francisco Chagas. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 13–18, 1996. DOI: 10.1590/s0034-89101996000100003.



FONSECA, Walter; MISAGO, Chizuru; FREITAS, Paulo; SANTOS, Evanguelia; FERNANDES, Lucília; CORREIA, Luciano. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 279–286, 1998. DOI: 10.1590/s0102-311x1998000200004.

FRYE, Laura J.; KILFEDDER, Catherine; BLUM, Jennifer; WINIKOFF, Beverly. A cross-sectional analysis of mifepristone, misoprostol, and combination mifepristone-misoprostol package inserts obtained in 20 countries. **Contraception**, [S. l.], v. 101, n. 5, p. 315–320, 2020. DOI: 10.1016/j.contraception.2020.01.011.

GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, [S. l.], v. 390, n. 10110, p. 2372–2381, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4.

GANATRA, Bela; TUNÇALP, Özge; JOHNSTON, Heidi Bart; JOHNSON, Brooke R.; GÜLMEZOĞLU, Ahmet Metin; TEMMERMAN, Marleen. From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. **Bulletin of the World Health Organization**, [S. l.], v. 92, n. 3, p. 155, 2014. DOI: 10.2471/BLT.14.136333.

GERDTS, Caitlin; JAYAWEEERA, Ruvani T.; BAUM, Sarah E.; HUDAYA, Inna. Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: An analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. **BMJ Sexual and Reproductive Health**, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 286–291, 2018. DOI: 10.1136/bmjshr-2018-200102.

GIBSON, Liza. WHO puts abortifacients on its essential drug list. **BMJ : British Medical Journal**, [S. l.], v. 331, n. 7508, p. 68, 2005. DOI: 10.1136/BMJ.331.7508.68-C. Disponível em: /pmc/articles/PMC558642/. Acesso em: 7 dez. 2022.

GOMPERTS, R. J.; JELINSKA, K.; DAVIES, S.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; KLEIVERDA, G. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [S. l.], v. 115, n. 9, p. 1171–1178, 2008. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x.

GRIMES, David A. Unsafe Abortion: The Silent Scourge - PubMed. **British Medical Bulletin**, [S. l.], v. 67, p. 99–113, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14711757/>. Acesso em: 27 jun. 2020.

GRIMES, David A.; BENSON, Janie; SINGH, Susheela; ROMERO, Mariana; GANATRA, Bela; OKONOFUA, Friday E.; SHAH, Iqbal H. **Unsafe abortion: the preventable pandemic**. The Lancet. Elsevier, 2006. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69481-6.

HANS BAKKER, J. I. Elective Affinity. In: RITZER, George (org.). **The Blackwell Encyclopedia of Sociology**. Oxford: Blackwell, 2007. p. 1352. DOI: 10.1002/9781405165518.wbeose027. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781405165518.wbeose027>. Acesso em: 27 jun. 2020.

HARDON, Anita; SANABRIA, Emilia. Fluid Drugs: Revisiting the Anthropology of



Pharmaceuticals. **Annual Review of Anthropology**, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 117–132, 2017. DOI: 10.1146/annurev-anthro-102116-041539. Disponível em: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-anthro-102116-041539>. Acesso em: 27 jun. 2020.

HYMAN, Alyson; BLANCHARD, Kelly; COEYTAUX, Francine; GROSSMAN, Daniel; TEIXEIRA, Alexandra. Misoprostol in women’s hands: A harm reduction strategy for unsafe abortion. **Contraception**, [S. l.], v. 87, n. 2, p. 128–130, 2013. DOI: 10.1016/j.contraception.2012.10.020.

IRONS, Rebecca. Post-coital pharmaceuticals and abortion ambiguity: Avoiding unwanted pregnancy using emergency contraception and misoprostol in Lima, Peru. In: GAMLIN, Jennie; GIBBON, Sahra; SESIA, Paola M.; BERRÍO, Lina (org.). **Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America**. London: University College London, 2020. p. 90–115. Disponível em: <https://books.google.ca/books?id=2sXgDwAAQBAJ&pg=PA90&lpg=PA90&dq=Post-coital+pharmaceuticals+and+abortion+ambiguity:+Avoiding+unwanted+pregnancy+using+emergency+contraception+and+misoprostol+in+Lima,+Peru&source=bl&ots=N98YNVQls6&sig=ACfU3U3aOO8UHmEQ9shn>. Acesso em: 27 jun. 2020.

JELINSKA, Kinga; YANOW, Susan. **Putting abortion pills into women’s hands: realizing the full potential of medical abortion**. **Contraception** Elsevier USA, , 2018. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.05.019.

KLITSCH, M. Antiprogestins and the abortion controversy: A progress report. **Family Planning Perspectives**, [S. l.], v. 23, n. 6, p. 275–282, 1991. DOI: 10.2307/2135779.

LAUTH, Hans-Joachim. Formal and Informal Institutions. In: GANDHI, Jennifer; RUIZ-RUFINO, Rubén (org.). **Routledge Handbook of Comparative Political Institutions**. London, New York: Routledge, 2015. p. 56–69.

LÖWY, Ilana; VILLELA CORRÊA, Marilena Cordeiro Dias. The “abortion pill” misoprostol in Brazil: Women’s empowerment in a conservative and repressive political environment. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 110, n. 5, p. 677–684, 2020. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305562.

MACDONALD, Margaret E. Misoprostol: The Social Life of a Life-saving Drug in Global Maternal Health. **Science, Technology, & Human Values**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 1–26, 2021. DOI: 10.1177/0162243920916781. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0162243920916781>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça. **Processo HC 0014762-96.2014.8.13.0000**. Relator Paulo Calmon Nogueira da Gama. Belo Horizonte, 6 fev. 2014, [https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=A063DF43F59F0E5F99B396101FDE4B35.juri\\_node2?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=0014762-96.2014.8.13.0000&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar](https://www5.tjmg.jus.br/jurisprudencia/pesquisaNumeroCNJEspelhoAcordao.do;jsessionid=A063DF43F59F0E5F99B396101FDE4B35.juri_node2?numeroRegistro=1&totalLinhas=1&linhasPorPagina=10&numeroUnico=0014762-96.2014.8.13.0000&pesquisaNumeroCNJ=Pesquisar)

MOLAND, Karen Marie; HAUKANES, Haldis; TADELE, Getnet; BLYSTAD, Astrid. The paradox



of access - abortion law, policy and misoprostol. **Tidsskrift for den Norske Laegeforening**, [S. l.], n. 2, 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0809. Disponível em: <https://tidsskriftet.no/en/2017/12/global-helse/paradox-access-abortion-law-policy-and-misoprostol>. Acesso em: 28 jun. 2020.

MORRIS, Jessica L. et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [S. l.], v. 138, n. 3, p. 363–366, 2017. DOI: 10.1002/IJGO.12181. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12181>. Acesso em: 7 dez. 2022.

MOSESON, Heidi; HEROLD, Stephanie; FILIPPA, Sofia; BARR-WALKER, Jill; BAUM, Sarah E.; GERDTS, Caitlin. **Self-managed abortion: A systematic scoping review. Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**. Bailliere Tindall Ltd, 2020. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002.

MURTAGH, Chloe; WELLS, Elisa; RAYMOND, Elizabeth G.; COEYTAUX, Francine; WINIKOFF, Beverly. Exploring the feasibility of obtaining mifepristone and misoprostol from the internet. **Contraception**, [S. l.], v. 97, n. 4, p. 287–291, 2018. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.016.

NATIONS, Marilyn K.; MISAGO, Chizuru; FONSECA, Walter; CORREIA, Luciano L.; CAMPBELL, Oona M. R. Women's hidden transcripts about abortion in Brazil. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 44, n. 12, p. 1833–1845, 1997. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00293-6.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Manual De Direito Penal**. 15. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2019. Disponível em: <https://www.saraiva.com.br/manual-de-direito-penal-15-ed-2019-10509176/p>. Acesso em: 27 jun. 2020.

OROZCO, Luis Távara; ALVARADO, Susana Chávez. Regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y El Caribe. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 85–94, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200002). Acesso em: 27 jun. 2020.

PEREHUDOFF, Katrina; BERRO PIZZAROSSA, Lucía; STEKELENBURG, Jelle. Realising the right to sexual and reproductive health: Access to essential medicines for medical abortion as a core obligation. **BMC International Health and Human Rights**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018. DOI: 10.1186/s12914-018-0140-z.

PHILIP, Neena M.; SHANNON, Caitlin; WINIKOFF, Beverly. **Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence**. New York. Disponível em: <https://gynuity.org/resources/misoprostol-and-teratogenicity-reviewing-the-evidence>. Acesso em: 28 jun. 2020.

POWELL-JACKSON, Timothy; ACHARYA, Rajib; FILIPPI, Veronique; RONSMANS, Carine. Delivering Medical Abortion at Scale: A Study of the Retail Market for Medical Abortion in Madhya Pradesh, India. **PLOS ONE**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 1–14, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0120637. Disponível em:



<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0120637>. Acesso em: 27 jun. 2020.

PRATA, Ndola; SREENIVAS, Amita; VAHIDNIA, Farnaz; POTTS, Malcolm. Saving maternal lives in resource-poor settings: Facing reality. **Health Policy**, [S. l.], v. 89, n. 2, p. 131–148, 2009. DOI: 10.1016/j.healthpol.2008.05.007.

RAMOS, Silvina; ROMERO, Mariana; AIZENBERG, Lila. Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. **Reproductive Health Matters**, [S. l.], v. 22, n. sup44, p. 4–15, 2014. DOI: 10.1016/S0968-8080(14)43786-8. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080%2814%2943786-8>. Acesso em: 1 abr. 2021.

RAYMOND, Elizabeth G.; HARRISON, Margo S.; WEAVER, Mark A. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 133, n. 1, p. 137–147, 2019. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003017.

REISS, Kate; FOOTMAN, Katharine; BURKE, Eva; DIOP, Nafissatou; NDAO, Ramatoulaye; MANE, Babacar; VAN MIN, Maaïke; NGO, Thoai D. Knowledge and provision of misoprostol among pharmacy workers in Senegal: A cross sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 17, n. 211, p. 1–8, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1394-5.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. **Processo ACR 0004413-29.2011.8.19.0014**. Relator Cairo Ítalo França David. Rio de Janeiro, 25 out. 2018, <http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=0004537E59A36C47F963CB11126EBF8D369EC5091C285A5D>.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça. **Processo ACR 70020896791**. Relator Marco Antônio Bandeira Scapini. Porto Alegre, 11 out. 2007. Disponível em: [https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe\\_html.php](https://www.tjrs.jus.br/buscas/jurisprudencia/exibe_html.php). Acesso em 10 jun. 2019.

ROSO, Adriane; CARDINAL, Mirela Franz; ROMIO, Caroline Matos; SOMAVILLA, Luísa Flores. Relatos de aborto medicamentoso na internet: ilegalidade restringindo os direitos das mulheres. **Conexão - Comunicação e Cultura**, [S. l.], v. 16, n. 32, p. 65–96, 2017. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conexao/article/view/4966>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Processo ACR 0012100-36.2006.8.26.0047**. Relator Farto Salles. São Paulo, 21 set. 2018, [https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/imagens/sa\\_j/ico\\_pdf.gif](https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/imagens/sa_j/ico_pdf.gif). BRASIL. Tribunal Regional Federal (2. Região). Processo ACR 0008299-35.2002.4.02.5001. Relator Messod Azulay Neto. Rio de Janeiro, 21 out. 2011, [http://jurisprudencia.trf2.jus.br/sm/download?name=siapro-download-juris&id=192566\\_200250010082996\\_2007-08-21](http://jurisprudencia.trf2.jus.br/sm/download?name=siapro-download-juris&id=192566_200250010082996_2007-08-21).

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça. **Processo ACR 0012100-36.2006.8.26.0047**. Relator Farto Salles. São Paulo, 21 set. 2018, <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/getArquivo.do?cdAcordao=11823484&cdForo=0>.

SAY, Lale; CHOU, Doris; GEMMILL, Alison; TUNÇALP, Özge; MOLLER, Ann Beth; DANIELS, Jane; GÜLMEZOĞLU, A. Metin; TEMMERMAN, Marleen; ALKEMA, Leontine. Global causes



of maternal death: A WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, [S. l.], v. 2, n. 6, p. e323–e333, 2014. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.

SCAVONE, Lucila. Políticas feministas do aborto. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 675–680, 2008. DOI: 10.1590/S0104-026X2008000200023.

SEDGH, Gilda et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, [S. l.], v. 388, n. 10041, p. 258–267, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30380-4.

SINGH, S.; MADDOW-ZIMET, I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. **BJOG**, [S. l.], v. 123, n. 9, p. 1489–1498, 2016. DOI: 10.1111/1471-0528.13552.

SINGH, Susheela; REMEZ, Lisa; SEDGH, Gilda; KWOK, Lorraine; ONDA, Tsuyoshi. **Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access**. New York. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017#>. Acesso em: 28 jun. 2020.

SOLHEIM, I. H.; MOLAND, K. M.; KAHABUKA, C.; PEMBE, A. B.; BLYSTAD, A. Beyond the law: Misoprostol and medical abortion in Dar es Salaam, Tanzania. **Social Science and Medicine**, [S. l.], v. 245, p. 1–9, 2020. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112676.

STARRS, Ann; WINIKOFF, Beverly. Misoprostol for postpartum hemorrhage: Moving from evidence to practice. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 116, n. 1, p. 1–3, 2012. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.10.005.

TANG, Jennifer; KAPP, Nathalie; DRAGOMAN, Monica; DE SOUZA, Joao Paulo. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [S. l.], v. 121, n. 2, p. 186–189, 2013. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.12.009.

THE EDITORS OF THE LANCET GROUP. **Abortion drugs must become WHO essential medicines**. **The Lancet** Elsevier, , 2005. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)66593-2.

UNITED NATIONS. **Programme of Action of the International Conference on Population and Development**. New York United Nations, , 1994.

VÁZQUEZ, Sandra Fernández; SZWARC, Lucila. Aborto medicamentoso: transferencias militantes y transnacionalización de saberes en Argentina y América Latina. **RevIISE**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. 163–177, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6575390>. Acesso em: 27 jun. 2020.

WEEKS, Andrew D.; FIALA, Christian; SAFAR, Peter. **Misoprostol and the debate over off-label drug use**. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 2005. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00490.x.

WHO EXECUTIVE BOARD. **Revised procedures for updating the WHO Model List of**



**Essential Drugs: a summary of proposals and process.** GenevaWorld Health Organization, 2001.

WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES. **WHO Technical Report Series 920: The selection and use of essential medicines.** Geneva. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42826/WHO\\_TRS\\_920.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42826/WHO_TRS_920.pdf?sequence=1).

WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES. **WHO Technical Report Series 933: The selection and use of essential medicines.** Geneva. Disponível em: [https://archives.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/TRS\\_933SelectionUseEM.pdf](https://archives.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/TRS_933SelectionUseEM.pdf).

WHO EXPERT COMMITTEE ON THE SELECTION AND USE OF ESSENTIAL MEDICINES. **WHO Technical Report Series 1021: The Selection and Use of Essential Medicines.** Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330668/9789241210300-eng.pdf>.

WHYTE, Susan Reynolds; VAN DER GEEST, Sjaak; HARDON, Anita. **Social lives of medicines.** Cambridge: Cambridge University Press, 2002. Disponível em: <https://www.cambridge.org/ca/academic/subjects/anthropology/social-and-cultural-anthropology/social-lives-medicines?format=PB&isbn=9780521804691>. Acesso em: 27 jun. 2020.

WILSON, Katherine; GARCIA, Sandra. G.; LARA, Diana. Misoprostol use and its impact on measuring abortion incidence and morbidity. *In*: SINGH, Susheela; REMEZ, Lisa; TARTAGLIONE, Alyssa (org.). **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review.** New York; Paris: Guttmacher Institute; International Union for the Scientific Study of Population, 2010. p. 191–201.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Prevention and management of unsafe abortion: Report of a technical working group.** Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59705>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model Lists of Essential Medicines.** Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/hq/2005/a87017\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/hq/2005/a87017_eng.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Worker Roles in Providing Safe Abortion Care and Post-Abortion Contraception - PubMed.** Geneva. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26401543/>. Acesso em: 7 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of medicines: quality of misoprostol products. **WHO Drug Information**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 35–39, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical management of abortion.** GenevaWorld Health Organization, 2018.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Model Lists of Essential Medicines**. Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325771/WHO-MVP-EMP-IAU-2019.06-eng.pdf>.

YANOW, Susan; ERDMAN, Joanna; JELINSKA, Kinga. D.I.Y. Self-managed Abortion. **Conscience Magazine**, [S. l.], n. 2, 2019. Disponível em: <https://consciencemag.org/2019/09/19/d-i-y/>. Acesso em: 28 jun. 2020.

ZAMBERLIN, Nina; ROMERO, Mariana; RAMOS, Silvina. **Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted**. **Reproductive health**, BioMed Central, 2012. DOI: 10.1186/1742-4755-9-34. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-34>. Acesso em: 1 abr. 2021.

### Sobre as autoras

#### **Mariana Prandini Assis**

Professora Adjunta de Ciência Política da Universidade Federal de Goiás. Doutora em Política pela New School for Social Research (EUA), com pós-doutorado em Direito pela Schulich School of Law, Dalhousie University (Canadá). E-mail: [mariana.prandini@ufg.br](mailto:mariana.prandini@ufg.br). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5566-2613>

#### **Joanna N. Erdman**

Professor of Law e MacBain Chair in Health Law and Policy na Schulich School of Law, Dalhousie University (Canadá). JD pela University of Toronto (Canadá) e LLM pela Harvard Law School (EUA). E-mail: [joanna.erdman@dal.ca](mailto:joanna.erdman@dal.ca). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3578-8523>

**As autoras contribuíram igualmente para a redação do artigo.**

